

UFRGS/FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO NOS SERVIÇOS DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Aluna: Adriana Aranda

Orientador: Prof. Mário Tavares

Trabalho de Conclusão de Curso

Porto Alegre

Junho/2008

RESUMO

O Acolhimento e a Humanização são novas práticas a serem implementadas na saúde pública brasileira. Constitui-se em um novo paradigma de fazer saúde, em que seus atores agem e interagem no ambiente do contexto social. Este estudo tem por objetivo identificar, na literatura nacional, a produção científica relativa à temática humanização e acolhimento em serviços de atenção primária, visando contribuir para a discussão e a realização deste processo.

Unitermos: acolhimento, humanização, vínculo, APS, PSF.

ABSTRACT

User embracement and humanization are new practices to be implemented in brazilian public health. They are a new standard in “making health”, on witch the actors act and interact inside the social enviroment. This study purposes to identify, in national literature, the scientific production related to the issue humanization and user embracement in primary care services, so contributing to the discussion and realization of this process.

Key words: user embracement, humanization, primary health care, attachment, sheltering.

ÍNDICE

PARTE I- HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO

1	Introdução	5
2	Documentos da Federação	6
2.1	Constituição da República Federativa do Brasil (1988)	6
2.2	Lei 8080 de 19 de agosto de 1990	7
2.3	HumanizaSUS (Brasil 2004)	9
3.	A questão do financiamento e a reforma sanitária	12
4.	O contexto	14
5.	Relevância/Justificativa	18
6.	Objetivos	19
6.1	Geral	19
6.2	Específicos	19
7.	Procedimentos Metodológicos	20
8.	Desenvolvimento do Conteúdo	21
8.1	Conceitos	21
8.2	Acesso e Acessibilidade	25
8.3	Recursos Humanos	27
8.4	O Usuário	28
8.5	O Relacional e o Técnico	29
8.6	A Relação Médico Paciente e o <i>status quo</i>	31
8.7	O acolhimento como Ferramenta de Inclusão	31

PARTE II- EM ESTÂNCIA VELHA

1.	A Cidade	33
2.	Estrutura de Serviços de Saúde	35
3.	Acolhimento	37
3.1	UBS Bela Vista	37
3.2	UBS Campo Grande	37
4	Considerações Finais	39
	Bibliografia	42

PARTE I – HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO

1. Introdução

O processo saúde-doença, que em seus primórdios estava intimamente relacionado aos deuses, e após às questões religiosas-punitivas, é hoje visto em uma dimensão social. O processo de cura estabelece-se no valor do científico e do humano, contextualizado no ambiente e fundamentado no ser, e não na doença. Novos elementos, então, imbricam-se neste processo.

O Estado que se determina a prestar “serviços de saúde” deve atentar para estas nuances e relevâncias, no intuito de realmente ser um efetivador de saúde.

No Brasil, que propõe-se a ofertar uma saúde pública, plena e integralizadora, dispositivos legais foram criados visando a uma completa resolução das demandas da saúde, em seus diversos níveis e competências. Encontramo-nos hoje em um período de transição, discutindo valores, incorporando tecnologias e adequando os serviços, regionalmente, às necessidades da população a que pretendemos servir. É dentro desta premissa que se insere o profissional de saúde, imbuído, agora, de novas e prementes responsabilidades, sendo ele mesmo um portador de novas tecnologias. O Acolhimento e a Humanização encerram o real dimensionamento do “ser tecnológico”, pois utiliza o humano, em suas mais variadas capacidades e entendimentos, como uma ferramenta realizadora do processo de saúde. E é justamente porque este se dá entre dois ou mais sujeitos, que esta tecnologia não pode ser impessoal ou despersonalizada.

Por serem o acolhimento e a humanização tecnologias de atuação de sujeitos, e inseridos em mudanças de paradigmas na saúde pública brasileira, abordaremos neste estudo aspectos relacionados a esta nova forma de agir e interagir em saúde, situando-os no histórico da legislação e na questão do financiamento, e também no contexto da saúde pública e do Estado, e das subjetividades dos atores envolvidos.

2. DOCUMENTOS DA FEDERAÇÃO

2.1 Constituição da República Federativa do Brasil (1988)

“Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL”.

Art. 193 “A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais”

Art. 194 “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.”

Parágrafo único. Compete ao poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, ...

Art. 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Art. 197 “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle,”

Art. 198 “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera do governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade”.

2.2 Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990

“O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei...”

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

§ 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

2.3 HumanizaSUS (Brasil, 2004)

“Os inúmeros avanços no campo da saúde pública brasileira, operados especialmente ao longo das duas últimas décadas, convivem de modo contraditório, com problemas de diversas ordens”.

“Se podemos, por um lado, apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado, não estabelecendo o vínculo fundamental que permite, efetivamente, a responsabilidade sanitária que constitui o ato de saúde”. “O baixo investimento na qualificação dos

trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. Há poucos dispositivos de fomento à co-gestão, à valorização e à inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, com forte desrespeito aos seus direitos”. “De fato, nossa tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja, a da produção de saúde e a da produção de sujeitos”. “É neste ponto indissociável que a Humanização se define: aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho”. Neste sentido, a Humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe”. “Levar em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde constitui a política em ações materiais e concretas. Tais ações políticas têm a capacidade de transformar e garantir direitos, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de se estar, constantemente, construindo e ampliando os espaços da troca, para que possamos caminhar na direção do SUS que queremos”

“Assim, tomamos a Humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo”.

“Num momento em que o país assume clara direção em prol de políticas comprometidas com a melhoria das condições de vida da população, as políticas de saúde devem contribuir realizando sua tarefa primária de produção de saúde

e de sujeitos, de modo sintonizado com o combate à fome, à miséria social e na luta pela garantia dos princípios éticos no trato com a vida humana”.

3. A questão do financiamento e a reforma sanitária

A maioria dos conceitos hoje vigentes na prática sanitária, como eficácia e eficiência, relação custo-benefício, descentralização e participação comunitária foram utilizados nas décadas de 50 e 60 para impulsionar transformações nas organizações de saúde. Extensos informes da Organização Panamericana de Saúde, datados de 1957, recomendam que os governos reestruturem seu sistema de saúde a partir de um processo de descentralização, que permita aos poderes locais assumir a responsabilidade pelos programas e estabelecimentos de saúde, com a participação da comunidade. Também argumentam em favor de capacitar os profissionais da saúde ao uso de técnicas de análise de custos e administração hospitalar. A idéia central era obter instituições mais eficientes com uma adequada relação custo-benefício. A partir da década de 80, em resposta a profunda crise estabelecida nos sistemas de financiamento e na saúde, retomam-se estes conceitos. Os sistemas de saúde estavam definidos por um modelo de acumulação capitalista baseados em um processo produtivo de plena ocupação, que necessitava de um estado produtor de bens e serviços, sendo provedor de mão de obra sadia. A então reforma setorial se inscreve em um processo marcado pela crise do modelo de acumulação capitalista que produziu recessão mundial, transformação nas formas de produção, domínio do capital no sistema econômico mundial, endividamento interno e externo dos países, crescimento do déficit fiscal, inflação e desemprego. Nos países latino-americanos implica mudanças profundas no papel do Estado, pois os organismos de crédito exigem-lhe a contração dos gastos públicos, o controle da expansão monetária e a reforma do Estado. O Estado é identificado como causador da crise por sua ineficiência no manejo de empresas de produção e de serviços, e por seus crescentes gastos sociais com saúde, educação e seguridade. Esta exigência de reforma do Estado cumpre quatro elementos principais: 1) a necessidade do capital de controlar as áreas de produção e serviços que antes estavam na mão do Estado; 2) a necessidade de recolocar os grandes excedentes líquidos de capital; 3) a diminuição da demanda de mão de obra pela transformação da produção, devido ao desenvolvimento da informática e a sua reorganização baseada em um consumo que se expande pela diversidade e não

pela massificação; 4) a necessidade dos países centrais de sair da crise da forma menos traumática possível. (Feletti & Lozano, 1997 apud Iriart, 2000).

A resposta da maioria dos governos na América Latina foi a aceitação, nos anos 90, das políticas impulsionadas pelos organismos multilaterais de crédito (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento, Fundo Monetário Internacional). Estas políticas implicaram sobreendividamento, abertura da economia ao capital e à produção internacional e reestruturação do Estado via privatizações, de produção e serviços (siderurgia/comunicação/transporte), e diminuição de gastos, especialmente os sociais. Isto origina os planos de reajuste estrutural, de cujo cumprimento dependerá o acesso a novos recursos financeiros internacionais. Os projetos de Reforma Sanitária realizados com empréstimos internacionais, servem de base, então, à elaboração de normativas legais que facilitam sua operacionalização.

No Brasil, pela articulação de grupos que defendem a Saúde como bem público e em favor da vida, e em uma atuação política, no seu mais verdadeiro sentido, e sem precedentes, “a Saúde é direito de todos e dever do Estado”, contrariando e/ou burlando os preceitos de organismos internacionais.

4. O CONTEXTO

A promulgação da lei 8.080 em setembro de 1990, fundamentada na Constituição Federal de 1988, contemplando o SUS e suas diretrizes, como a descentralização, atendimento integral e participação popular, estabeleceram novas condutas entre profissionais da saúde, usuários e gestores. Incorporaram o termo “equipe”, e mudaram as relações entre os sujeitos da saúde. O sistema de saúde, ao mudar suas bases de uma prática médico-curativa, com suas prerrogativas de saber e poder, sua divisão hierarquizada do trabalho, na qual o corpo é objeto de reparação do dano, e em que a gestão é verticalizada, para uma prática de saúde integral, em que existe uma equipe multidisciplinar em um processo participativo, em que o indivíduo é visto na sua integralidade e no seu contexto e nele cabem sim, ações curativas, mas também de promoção e prevenção da saúde, trouxe-nos uma nova perspectiva no trabalho em saúde. Nesta composição de atores, técnicos mas também sociais, a garantia de acesso aos serviços de saúde é mola mestra e propulsora.

No início da década de 1990 é criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, PACS, e em 1994 o Programa de Saúde da Família, PSF. A missão do PACS era reduzir a mortalidade infantil e materna através de procedimentos simplificados de saúde, desenvolvendo a capacidade da população de cuidar de sua própria saúde por meio de informação sobre práticas preventivas. O PSF, enquanto estrutura do sistema de saúde, objetiva implementar os princípios fundamentais de universalização, descentralização, integralidade e participação comunitária, priorizando as ações de proteção e promoção da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua. Pretende-se como uma estratégia de democracia e inserção social. Propõe-se ao “estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais da saúde e a população”. (Brasil, 1994). Em 1998 o PSF ganha status de estratégia de reorientação assistencial, norteando o desenvolvimento de sistema locais de saúde (Souza, 2001). A reorganização dos serviços, necessária para a materialização dos princípios do SUS, encontra no acolhimento e no vínculo suas diretrizes operacionais (Brasil, 2002).

A segunda metade da década de 1990 marca a expansão da Atenção Primária de Saúde, incentivada em primeiro lugar pelo Ministério da Saúde, e, posteriormente, pelas secretarias estaduais. Paralelamente, houve avanço no processo de municipalização e no estabelecimento de novas sistemáticas de financiamento das ações e serviços de saúde, especialmente em nível de Atenção Primária. A partir de 1997, quando teve início a NOB/96, a participação dos recursos federais no financiamento da saúde pública apresentou mudanças quantitativas e qualitativas. Se na década de 1980 o governo federal contribuía com 77,7% dos recursos gastos em saúde pública, e os municípios com 9,5%, já em 1994 os percentuais eram de 60,7% e 17,2%, respectivamente. A União deixou de usar o pagamento direto ao prestador do serviço de saúde como forma preferencial de alocar recursos, priorizando a transferência aos municípios, e focalizou a Atenção Primária como primaz, de modo que os recursos a ela destinados foram cada vez mais significativos no total das transferências, ainda que classificados em sua destinação (“carimbados”). Esta pré-destinação não outorga autonomia aos municípios na determinação da política de saúde, indo de encontro à descentralização e à participação popular, princípios do SUS, e reforçando o papel da esfera federal como definidor das políticas de saúde. As secretarias estaduais também contribuem com uma parcela de recursos, assim como os municípios. (Marques, 2003)

É nesta conjuntura de expansão da Atenção Primária, viabilizada pelos recursos oriundos de diversas fontes, orientada para a adequação dos serviços locais, sob a égide da descentralização, da hierarquização e da participação popular, calcada também na estratégia PSF, mas essencial e fundamentalmente nos princípios do SUS, que o acolhimento e a humanização tornam-se, ou devem tornar-se, ferramentas de trabalho. Entenda-se aqui a humanização conforme Ferreira (2005): necessária redefinição das relações humanas na assistência e mesmo da compreensão da condição humana e dos direitos humanos, segundo o entendimento de que os usuários têm o direito de conhecer e decidir sobre os seus diagnósticos e tratamentos.

A proposição da humanização dos serviços públicos de saúde ganha forma legítima primeiramente no âmbito hospitalar, em maio de 2000, quando o

Ministério da Saúde regulamenta o Plano Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), e a humanização é incluída na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro deste mesmo ano. Atualmente o Programa constitui-se em uma política transversal de assistência, denominada HumanizaSUS (Deslandes, 2004). O HumanizaSUS propõe uma nova forma de interação entre usuários e profissionais do sistema de saúde, qualificando seus vínculos de modo que todos sejam protagonistas desse processo de cuidado, no qual são destacados os aspectos sociais e subjetivos, paralelamente aos aspectos técnico-científicos (Brasil, 2004). Nos serviços que prestam Atenção Primária, o HumanizaSUS propõe-se à elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos para os usuários e sua rede social, formas de acolhimento e inclusão da clientela, práticas que incentivem a diminuição do consumo de medicação, fortalecimento das relações entre as equipes de saúde e os usuários, além do estabelecimento de ambiente acolhedor (Fortes, 2004). Com o HumanizaSUS o Ministério da Saúde espera consolidar quatro marcas específicas: redução das filas e tempo de espera; conhecimento por parte dos usuários dos profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de informações ao usuário por parte das unidades de saúde e garantia de gestão participativa das unidades de saúde aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente dos trabalhadores. Na perspectiva do HumanizaSUS, na humanização das práticas de atenção e gestão em saúde deve-se levar em conta a humanidade como força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas.

A humanização dos serviços de saúde sob a forma de acolhimento apresenta nuances variadas e dificuldades de implantação e/ou implantação de forma equivocada. Apesar de constituir-se de um novo paradigma, novo, portanto estranho e evocador de receios, é ou será realidade em todos os serviços de saúde pública, em suas várias formas e adaptações. Como nos lembra Ferreira (2005), "... entre o texto do programa, o que preconizam os seus idealizadores e a realidade das instituições e o cotidiano dos atores locais, a distância pode ser considerável".

No sentido de contribuir para a discussão e a realização do acolhimento no trabalho em saúde, este estudo tem como propósito pesquisar a produção científica concernente aos aspectos da humanização/acolhimento na atenção primária.

5. RELEVÂNCIA/JUSTIFICATIVA

A implantação do acolhimento é motivo de divergências entre os sujeitos atuantes, tanto na sua concepção como na sua logística. É processo que envolve mudança de premissas, atitudes e adequações por parte da equipe, sendo que a equipe já é, por si só, arena de eventuais conflitos e inquietações. Espera-se que este estudo amplie o conhecimento conceitual e conceptual sobre o acolhimento e o processo de humanização da saúde, assim colaborando para seu entendimento como forma de acesso e resolução das demandas da saúde pública, concretizador, desta forma, dos princípios fundamentais do SUS.

6. OBJETIVOS

6.1 Geral

Identificar, na literatura nacional, a produção científica relativa á temática humanização e acolhimento em serviços de atenção primária.

6.2 Específicos

Destacar os principais aspectos abordados nesta literatura; analisar os conceitos. Refletir sobre o processo de implantação do acolhimento no município de Estância Velha, nas Unidades Básicas de Saúde.

7. Procedimentos Metodológicos

Revisão da literatura utilizando a base de dados BIREME e os unitermos acolhimento, APS, PSF, vínculo e humanização. Coleta de informações junto às equipes do PSF no município de Estância Velha.

8. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

8.1 Conceitos

Os termos humanização e acolhimento suscitam vários conceitos e interpretações. Segundo os documentos do Programa de Humanização da Saúde, “humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria nos ambientes de cuidados e das condições de trabalho dos profissionais”. O acolhimento significa a humanização do atendimento, pressupondo a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito á escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução de seu problema. Por conseqüência, o acolhimento deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária (Campos, 1998; Malta, 1998).

Carvalho complementa Campos ao afirmar que acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário (Schimith & Lima, 2004).

Malta ressalta a importância de expandir as propostas de acolhimento para além da Atenção Primária:

“A diretriz de acolher, de responsabilizar, de resolver, de criar vínculos, não pode se resumir às unidades básicas, mas deve permear todo o sistema, modulando os demais níveis de assistência (especialidades, urgência, hospitais), as áreas técnicas ou meios, assim como todas as ações de gerência e gestão, construindo um novo modelo técnico-assistencial da política em defesa da vida individual e coletiva”.

Teixeira considera que propostas que visam incorporar o acolhimento e o vínculo entre usuários e trabalhadores de saúde, também tem contribuído para desvelar e problematizar a (des)humanização do atendimento, determinada, principalmente, pela tecnificação do cuidado á saúde.(Solla, 2005)

Franco e colegas (1999) sistematizaram como princípios para organizar o serviço de forma usuário-centrada: “atender a todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, garantindo acessibilidade universal”; “reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multidisciplinar”; e “qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania”.

Silva Júnior e Mascarenhas identificam quatro dimensões do acolhimento: acesso- geográfico e populacional; postura- escuta, atitude profissional-usuário e relação intra-equipe; técnica- trabalho em equipe, capacitação dos profissionais e aquisição de saberes e práticas; reorientação de serviços- projeto institucional, supervisão e processo de trabalho. Para estes autores, trabalhar o acolhimento enquanto postura pressupõe uma atitude da equipe de saúde que permita receber bem os usuários e escutar de forma adequada e humanizada suas demandas, inclusive solidarizando-se com o sofrimento (Solla, 2005).

Solla identifica três grandes âmbitos de incorporação desta proposta no SUS, onde o acolhimento aparece como: a) postura/prática do profissional de saúde frente ao usuário em seu processo de trabalho, individual e coletivo (em equipe). b) ação gerencial de reorganização do processo de trabalho da unidade de saúde, visando melhor atender os usuários e ampliar a capacidade de identificar e resolver problemas. c) diretriz para as políticas de saúde, objetivando criar, nos diversos pontos de atenção do sistema de saúde, capacidade para dar respostas às demandas apresentadas pelos usuários, disponibilizando as alternativas tecnológicas mais adequadas. O autor considera que esta terceira alternativa, de trabalhar o acolhimento enquanto diretriz para as políticas de saúde, transforma esta proposta em uma eficiente estratégia para operacionalizar as principais diretrizes do SUS: universalidade, integralidade e equidade. Para este mesmo autor o acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais. Além disso rompe com a lógica hegemônica

de agendas fechadas e pré-definidas e busca redirecionar a demanda espontânea para atividades organizadas pelo serviço para oferta programada (Solla, 2005).

Merhy postula que acesso e acolhimento remetem à discussão de modelos assistenciais, que dizem respeito à produção dos serviços em saúde, a partir de saberes da área, assim como de projetos políticos de construção de grupos sociais envolvidos. É um conceito que transita entre o técnico e o político, já que concretiza as diretrizes da política sanitária com um certo saber técnico. Ainda para este autor, o acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários. Neste espaço em que o vínculo é estabelecido, o trabalhador usa a sua principal tecnologia, o saber, e trata o usuário como sujeito portador e criador de direitos. A intervenção daí oriunda seria o controle do sofrimento ou a produção de saúde (Merhy, 1991-1994-1997). Nos dizeres de Bueno & Merhy (Bueno e Merhy, apud Schimith & Lima, 2004), o acolhimento em saúde deve construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania.

Ramos e Lima definem acolhimento como a postura do trabalhador de colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas (Ramos e Lima, 2003).

No modelo de ajuda de Carchuff e Berenson as habilidades interpessoais da pessoa que presta atendimento são: atender (comunicar de maneiras não verbais, disponibilidade e interesse pelo ajudado), responder (comunicar compreensão pelo ajudado), personalizar (mostrar ao ajudado sua parcela de responsabilidade no seu problema) e orientar (avaliar com o ajudado as alternativas de ação possíveis e facilitar a escolha de uma delas). As fases pelas quais o usuário passa durante o processo de ajuda são: envolver-se (capacidade de entregar-se ao processo de ajuda), explorar (capacidade de avaliar a situação real em que se encontra), compreender (estabelecer ligações de causa e efeito entre os elementos presentes em sua vida) e agir (movimentar-se do ponto onde

está para onde quer chegar, escolhendo o melhor caminho). O final do processo de ajuda ocorre quando o ajudado se torna seu próprio ajudador. Este modelo norteia a relação de ajuda descrita por Miranda & Miranda como a que ocorre no encontro entre duas pessoas, encontro este em que o ajudador vai acolher o ajudado e construir a base de uma relação a dois. Segundo estes autores, o ajudado é uma pessoa a quem faltam algumas habilidades de vida. O ajudador precisa ter disponibilidade interna para ajudar o outro e para amá-lo no decorrer do processo. Este acolher é definido como receber o ajudado calorosamente ao iniciar o encontro, sendo que ao acolher o ajudado, deve transmitir-lhe receptividade e interesse, de modo que ele se sinta valorizado. Entralgo fala em “relação de ajuda”, na qual as pessoas que procuram ajuda são ao mesmo tempo objetos e agentes da ação; são objetos porque procuram ajuda, necessitam de ajuda, e agentes porque participam dessa ajuda através de opiniões e decisões. Nesta relação é imprescindível que a equipe de saúde esteja preparada adequadamente de modo a proporcionar uma relação clara e tranqüila para o usuário (Camelo, 2000).

Como foi visto, são vários os conceitos, e todos aplicáveis, sendo que o importante nesta aplicação é a adequação às necessidades de cada usuário em particular. O acolhimento compreende e necessita mais do que a escuta; a resolução da demanda, ainda que seja pelo correto encaminhamento e/ou agendamento, é imprescindível. O acolhimento, que pressupõe acesso, é vínculo e resolubilidade. Tem como objetivo resolver, na rede básica e nos demais níveis de assistência, o que é de sua competência, independente da hora de chegada na unidade.

“Na medida em que, nas práticas de saúde, individual e coletiva, o que buscamos é a responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como caminho para defender a vida, reconhecemos que, sem acolher e vincular, não há produção desta responsabilização e nem otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença” (Franco, 1999).

8.2 Acesso e Acessibilidade

Conforme Acurcio e Guimarães (Acurcio e Guimarães, 1996 apud Ramos e Lima, 2003), acessibilidade seria a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente.

Segundo Unglert (1995), o acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativos aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população.

Utilizando-se de Adami (1993) e Unglert (1995), classificamos o acesso em três categorias: acesso geográfico, acesso econômico e acesso funcional. O acesso geográfico é caracterizado pela forma de deslocamento, tempo de deslocamento e a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde. A forma de deslocamento utilizada pode ser a pé, de ônibus ou de carro. Mais freqüentemente encontramos a forma de deslocamento a pé, que é a mais prática e também a mais econômica, o que demonstra a importância da proximidade entre o serviço de saúde e a residência do usuário. Entretanto, conforme Adami, esta proximidade geográfica não se constitui no elemento central na escolha do serviço a ser utilizado, já que não significa garantia de atendimento. Portanto, o acesso ultrapassa a presença física dos recursos, dependendo muito mais da coerência do padrão tecnológico com o tipo de demanda da comunidade. Também a busca por profissionais competentes para o atendimento, e a confiança na experiência e capacidade dos membros da equipe de saúde, influenciam fortemente a escolha do serviço a ser procurado. A satisfação do usuário e a competência e interesse demonstrados pelo médico em relação ao paciente, ou previamente, a conhecidos e familiares, é fator de escolha e também indicador da qualidade do serviço prestado. Há uma estreita relação entre acesso geográfico e acolhimento. Embora existam facilidades decorrentes da disponibilização de serviços de saúde próximos da casa do

cidadão, identificam-se fatores determinantes da escolha que passam pela forma como o usuário é recebido e a resolubilidade destes serviços (Ramos & Lima, 2003).

O acesso econômico diz respeito ao custo do deslocamento do usuário, que é proporcional à distância de sua moradia e à forma como ele se desloca. Santos (1995), refere-se à condição socioeconômica como fator predominante na escolha do serviço público, em relação ao serviço privado, reconhecendo que o cuidado médico é semelhante em ambos, variando a rapidez e a facilidade de acesso a certos procedimentos. Ressalta a importância dada à obtenção de medicamentos pelos usuários nos postos públicos, em vista da dificuldade de comprá-los, o que contribui para a escolha do serviço.

O acesso funcional envolve a entrada propriamente dita aos serviços, de que o cidadão necessita, incluindo-se os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento. A facilitação do acesso ao uso dos serviços de saúde juntamente com outros fatores, em especial o acolhimento, favorece o vínculo do usuário e, portanto, contribui para o tempo de utilização dos serviços e para a frequência de procura pelo atendimento. Um dos fatores que deve ser levado em conta no estudo do acesso funcional é o tempo de espera que o usuário leva para obter o atendimento, desde o momento de sua chegada ao serviço.

Segundo Stein (1998), o acesso aos serviços de saúde tanto pode ser determinado quanto medido pelo uso regular de uma fonte de atendimento. A possibilidade de consultar um médico definido, que atue em atenção primária, está relacionada a um melhor acesso aos serviços de saúde.

8.3 Recursos Humanos

O Ministério da Saúde considera que um dos maiores problemas para o processo de implantação do SUS está na área dos recursos humanos, principalmente no campo de sua preparação, relativos à integração ensino-serviço e à qualificação do pessoal. No campo da administração dos recursos humanos, os problemas estão relacionados à inadequação de composição das equipes de saúde frente às demandas sociais e epidemiológicas; à inexistência de um sistema de informação de recursos humanos que subsidie a definição de diretrizes e implantação de políticas; à inexistência de plano de carreira para trabalhadores e outros problemas que servem de entraves para o funcionamento do Sistema. Portanto, nos recursos humanos está uma possível solução das maiores questões da saúde. São eles que, sendo capazes de intervir positivamente nas condições de vida e saúde da população e na expectativa de uma sociedade saudável, influirão diretamente na atenção à saúde e na terapêutica prestados aos indivíduos e coletividades. A saúde exige profissional ético e responsável, na medida em que este passe a reconhecer no usuário dos serviços um ser repleto de necessidades complexas e nem sempre objetivadas em uma doença (Camelo, 2000).

Clavreul (1983) sugere que também o médico, e a equipe de saúde, é submetido a uma “redução”, colocando-se essencialmente enquanto porta-voz da instituição médica, cujos conceitos e legitimidade é obrigado e convencido a defender. Esta instituição tem normas, mecanismos de controle e fiscalização bem definidos, devendo estes serem apresentados e reafirmados ao paciente. Desta forma a relação médico-paciente torna-se na realidade, a relação entre a instituição e a doença, não existindo espaço para a presença subjetiva, isto é, para o sujeito do médico e o sujeito do paciente (Clavreul, 1983 apud Fernandes, 1993). É o “conluio do anonimato”, expressão de Balint (Balint, 1984 apud Fernandes, 1993), em que a responsabilidade pela condutas adotadas é diluída por encaminhamentos e opiniões de especialistas.

A equipe de saúde não deve centrar suas atividades apenas em procedimentos técnicos e sim buscar refletir e atuar considerando a importância do envolvimento

com o usuário e em ter uma relação mais próxima com as pessoas que buscam e/ou precisam de ajuda. Assim o relacionamento humano nos serviços de saúde é um elemento essencial para melhorar a assistência.

Teixeira deixa-nos a pergunta: “como ampliar a capacidade ou simplesmente capacitar os profissionais de saúde para compreender as demandas e expectativas do público, para serem mais respeitosos e menos violentos na prestação dos cuidados?” (Teixeira, 2005).

8.4 O Usuário

O Usuário é um ser real, que produz sua história e é responsável pelo seu dever. O saber representa uma atitude de respeito que pode expressar compromisso ético entre usuários, profissionais e gestores. A saúde é definida a partir de quem sente.

A integralidade do atendimento fica prejudicada quando não se considera o usuário enquanto sujeito, portador de direitos e de opções de vida. O usuário tem interesse de se tornar cada vez mais autônomo, isto é, adquirir conhecimentos que lhe permitam cada vez mais resolver seus problemas de saúde (Merhy, 1994 apud Ramos e Lima 2003). Este interesse é compatível com o vínculo que vai se consolidando entre o usuário e sua família com os profissionais e serviços de saúde.

Aquele considera que uma das formas de manifestação de respeito é a pontualidade dos médicos, e aponta a rapidez no atendimento do balcão de recepção, após a abertura da unidade, como exemplo de bom atendimento (Ramos & Lima, 2003).

O Ministério da Saúde, em 2006, publica a Carta dos Direitos do Usuário da Saúde, que conta com os seguintes princípios: 1) Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado ao sistema de saúde. 2) Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema. 3) Todo cidadão tem direito

a tratamento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. 4) Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite sua pessoa, seus valores e seus direitos. 5) Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça de forma adequada. 6) Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. O acesso se dará prioritariamente pelos Serviços de Atenção Primária próximos ao local de moradia. Em situações de urgência/emergência, o acesso é incondicional em qualquer unidade ou nível do sistema. O segundo princípio assegura atendimento com presteza, tecnologia apropriada e condições de trabalho adequadas para os profissionais da saúde; assegura também a completa informação de todos os procedimentos, diagnósticos, riscos e evolução provável do problema de saúde. Trata também das receitas e prescrições terapêuticas. O terceiro princípio assegura o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável. O quarto princípio refere-se ao atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, preservando sua cidadania durante o tratamento. Aborda o sigilo e a confidencialidade, os laudos médicos e a recusa do paciente. O quinto princípio assegura as responsabilidades que o cidadão deve ter para com o seu tratamento, sua participação neste e sua responsabilidade pela recusa a tratamentos ou procedimentos recomendados. Orienta comportamento cordial e respeitoso para com os outros usuários e os trabalhadores em saúde, assim como hábitos e atitudes saudáveis. O sexto princípio assegura o comprometimento dos gestores para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

“O compromisso profissional e os direitos dos usuários são faces complementares e independentes deste processo de melhora da qualidade do atendimento, do qual o acolhimento é parte significativa” (Camelo, 2000).

8.5 O Relacional e o Técnico

A padronização é um fato constatado no cotidiano das práticas de saúde, o que pode levar à rigidez e impessoalidade nas relações; no mais das vezes a relação

ocorre entre o médico e a doença do sujeito, independentemente do sujeito da doença. Ademais, o modelo utilizado predominantemente no atendimento à saúde ainda estabelece que o profissional possui autoridade, pois é detentor de conhecimentos e habilidades. Neste contexto o profissional assume a responsabilidade pela tomada das decisões, as pessoas deixam de ser o centro das atenções com facilidade, sendo transformadas em “objeto” do cuidado e fonte de lucro, ficando dependentes e passivas à espera do “poder científico” que os profissionais de saúde julgam ter. O comércio da doença acaba se sobrepondo à dignidade das pessoas.

Tradicionalmente existe uma dicotomia entre as ações curativas, do médico, e de cuidados, realizadas pelos profissionais de enfermagem; é a expressão no cotidiano da saúde da compartimentalização do “to cure” e “to care”. O primeiro supõe prática de uma ciência e o outro, proximidade e intuição; enquanto um dissocia e objetiva, o outro solidariza e singulariza (Ferreira, 2005). Entretanto, mesmo que o médico se interesse somente pela doença, em algum momento deverá lembrar-se que a doença diz respeito a um ser singular e que toda a ação será personalizada em um determinado momento. Da mesma forma, os profissionais que praticam o “to care” devem estar atentos para o processo patológico em si, e sobre a doença em questão. Saillant e Gagnon referem existir uma divisão artificial entre *cure/care*, pois seus limites são imprecisos. (Saillant & Gagnon, 2003 apud Ferreira, 2005)

Teixeira refere-se ao “acolhimento dialogado” como uma técnica de conversa de apoio ao processo de conhecimento das necessidades, fundada em disposições ético-cognitivas, a saber: o reconhecimento do outro como um legítimo outro; o reconhecimento de cada um como insuficiente; o reconhecimento de que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes. Ou por outra: “todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido do ponto de convergência das diversidades”.

8.6 A Relação Médico Paciente e o *status quo*

A relação médico paciente atende a interesses bem definidos, ainda que possa ser sem o conhecimento ou a convivência destes atores sociais. Gramsci (1968, apud Fernandes 1993) analisa como as classes sociais produzem seus “intelectuais orgânicos”, incluindo-se os médicos, referindo-os como “comissários do grupo dominante para o exercício de funções subalternas da hegemonia social”. A prática médica é dimensionada como um instrumento de consenso/coerção de uma determinada hegemonia de classe. Em 1996 Luz enfatiza esta ação, refletindo que “reduzir a saúde à ausência relativa de doença, a programas médicos curativos ou preventivos, tem sido, no modo de produção capitalista, a forma política de eludir o problema das condições de existência nele vigentes”. A Medicina, então, cumpre seu papel de legitimar a preocupação do Estado com o bem estar comum, cabendo-lhe o trabalho de conformação das classes não hegemônicas à ordem social em vigor. Não há espaço no relacionamento médico paciente para a emergência dos aspectos subjetivos que compõem a cidadania, e, usando a neutralidade científica, o médico atua politicamente na manutenção da ordem social.

8.7 O Acolhimento como Ferramenta de Inclusão

O acolhimento, enquanto instrumento tecnológico estrutural, traduz-se em um movimento de aproximação e entendimento com as diversas culturas e modos diversos de pensar, sentir e viver saúde. É um movimento de intersecção de conhecimentos e saberes que visa um diálogo terapêutico entre os agentes envolvidos, usuários e profissionais de saúde, tendo como base o ato cuidador em si. Não usa o fracionamento sintomático como objeto principal, mas integra-o na totalidade emocional e física do ser. É esta visão integralizadora que amplia e qualifica as ações em saúde, e leva a um real dimensionamento das necessidades de cada usuário e da comunidade onde este se insere; cria um ambiente de confiança, vinculação e escuta, obtendo um espaço humanizado de atenção e resolução.

“O acolhimento associa na forma exata o discurso da inclusão social, da defesa do SUS, a um arsenal técnico extremamente potente, que vai desde a reorganização dos serviços de saúde, a partir dos processos de trabalho, até à constituição de dispositivos auto-analíticos e auto-gestores, passando por um processo de mudanças estruturais na forma de gestão da unidade”(Franco, 1999).

PARTE II – EM ESTÂNCIA VELHA

1 A CIDADE

O primeiro imigrante alemão que se estabeleceu em Estância Velha foi Mathias Franzen, sapateiro, vindouro de São Leopoldo e fazendo parte de um plano de distribuição de terras de Dom Pedro, em 1824. Ainda no século dezenove cria-se a base de desenvolvimento industrial do município. Datada de 1890, a tradição coureira de Estância Velha, a princípio voltada ao fabrico de selas e acessórios para montaria, mais tarde dedica-se ao curtimento de couros e peles e produção de calçados, principal vocação da região. Com a evolução da indústria e a agricultura se mantendo forte, Estância Velha foi elevada à sede do décimo distrito de São Leopoldo, em 15 de janeiro de 1930. O movimento emancipacionista lutou durante nove anos para que, em 08 de setembro de 1959, Estância Velha fosse emancipada. Estância é um termo gaúcho usado para designar fazenda. Neste caso referia-se à morada do capataz da Real Fitoria do Linho Cãnhamo, que se instalou no local onde hoje é Estância Velha.

Estância Velha localiza-se no Vale dos Sinos, distando cerca de 45 km de Porto Alegre. Possui uma área de 52.4 km², e sua população, conforme dados de 2006, é de 40.530 habitantes, proporcionalmente dividida entre homens e mulheres, e sendo a grande maioria, 39.870 habitantes, pertencente à área urbana. A base da economia de Estância Velha é a indústria coureiro-calçadista, além de metalurgia, indústrias alimentícias e de extração de tanino. Na área rural, a principal atividade é a produção da acácia negra em grande e média escala. Também são produzidos produtos hortigranjeiros, como morango, milho, batata e verduras. Nos últimos anos vem crescendo também a piscicultura.

Seu Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,808, sendo o de Novo Hamburgo de 0,809, o de Caxias do Sul de 0,57, e o de Porto Alegre de 0,865. O Índice de Desenvolvimento Humano, divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), tem como objetivo oferecer um contraponto a outro indicador, o Produto Interno Bruto (PIB), e considera a dimensão econômica e

características sociais, culturais e políticas como influentes na qualidade de vida humana. O índice varia de 0 a 1 e equaciona análises de renda, educacionais e de longevidade de uma população. Quanto mais próximo de 1, maior será o nível de desenvolvimento humano da região.

A cidade tem um PIB per capita, segundo dados de 2005, de R\$ 12780. Sua taxa de analfabetismo é de 4,04%, e a expectativa de vida ao nascer é de 71,49 anos, segundo dados de 2000. Já o coeficiente de mortalidade infantil, este de 2006, é de 5,09 por mil nascidos vivos.

2. ESTRUTURA DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

A estrutura de serviços de saúde da cidade compõe-se de sete Unidades Básicas de Saúde, trabalhando em regime de Programa de Saúde da Família, o Posto Central, o Centro de Apoio Psico-Social - CAPS Bem-Viver, o Serviço de Nutrição, o Serviço de Fisioterapia, a Farmácia Básica, a Vigilância em Saúde, que incorpora a Vigilância Sanitária e Epidemiológica e o Hospital Municipal Getúlio Vargas. Trabalhando em conjunto temos a Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência Social e Cidadania. Os serviços de Radiologia, Ecografia, Análises Clínicas e Patologia são terceirizados pela Prefeitura, assim como a coleta de lixo hospitalar/contaminado.

Duas das UBS tem regime parcial de funcionamento, e três tem reforço médico em tempo parcial. Uma das Unidades Básicas abriga duas equipes de PSF. Todas as Unidades Básicas têm médicos com formação em Medicina de Família e Comunidade e enfermeiras com formação e/ou experiência em Saúde Pública, além de técnicos de enfermagem e recepcionista. Cinco unidades e o Posto Central contam com serviço de odontologia. Nas UBS são dispensadas medicações do Hipertensão e também do Planejamento Familiar, na Farmácia Básica são dispensadas os demais medicamentos. As equipes de PSF proporcionam uma cobertura de cerca de 68% da população. As consultas médicas têm atingido a marca de 6000 a cada mês. Os atendimentos prestados por outros profissionais de saúde, das equipes de PSF, somam 8500.

No Posto Central funciona o Centro de Especialidades com as seguintes especialidades focais, atendendo em um ou dois turnos por semana: cardiologia, urologia, dermatologia, pneumologia, cirurgia ambulatorial, cirurgia geral, cirurgia vascular, otorrinolaringologia, neurologia, traumatologia e ginecologia. Conta-se ainda com um infectologista, que tem também formação em Medicina de Família e Comunidade, e um infectologista pediátrico. No CAPS Bem Viver, além da assistente social, de duas psicólogas, enfermeiro e técnico de enfermagem, temos um psiquiatra, trabalhando em turno parcial. Aqui contabiliza-se 1400 atendimentos, entre grupos de apoio e consultas em Psicologia e Psiquiatria.

No Hospital Municipal Getúlio Vargas os profissionais atuam em regime de plantão; tem-se clínico e obstetra 24 hs, pediatra com plantão das 14:00 às 08:00 hs e cirurgião, também em regime parcial. A média mensal de atendimentos no hospital é de 4000. Os serviços de referência do município localizam-se em Novo Hamburgo, São Leopoldo e Porto Alegre.

A grande maioria dos trabalhadores da saúde é concursada; esta é a regra nas Unidades Básicas. Os demais profissionais, principalmente graduados, trabalham regidos pela CLT. A gestão se dá através de um “Grupo Diretivo”, composto pela secretária de saúde e quatro profissionais graduados e concursados. Tem-se uma coordenadora da Atenção Básica, que também faz parte do grupo diretivo; são realizadas reuniões semanais com esta coordenadora e os coordenadores de cada equipe ou serviço.

3. ACOLHIMENTO E FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES

3.1 UBS Bela Vista

Na UBS Bela Vista, que abriga duas equipes de PSF e atende área urbana, não há sistema de fichas para atendimento médico, somente acolhimento com agendamento e/ ou atendimento. Pela manhã são atendidos sempre 12 pacientes, previamente agendados, e os acolhimentos de “emergência”. À tarde se destina aos agendamentos dos idosos, hipertensos e diabéticos, gestantes, puericultura e coletas de preventivo/revisões ginecológicas, em número de seis por turno. Os pacientes são agrupados em dias específicos. Os médicos tem um turno para visitas domiciliares. Tem-se carro disponível, sem motorista, para atividades da UBS, em quatro turnos por semana. A enfermeira tem agenda de coleta de citopatológico cervical, puericultura e pré-natal, apoiados nos “Protocolos de Saúde de Estância Velha” referentes. Nesta UBS há somente um odontólogo, que atua para as duas equipes; pela manhã são feitos oito atendimentos, sendo um agendado, e as urgências. À tarde são atendidos, por agenda, gestantes, idosos e crianças. Tem-se meio turno por semana para reuniões, quando a equipe e as agentes de saúde tratam de assuntos comuns. O acolhimento nesta UBS dá-se pela avaliação das técnicas de enfermagem, que encaminham para agendamento, atendimento de enfermagem ou atendimento médico.

3.2 UBS Campo Grande

Na UBS Campo Grande tem-se uma equipe completa de PSF, atendendo área urbana e rural. São feitos 14 atendimentos pelo médico, fixos, em dois dias da semana e 16 nos demais, na parte da manhã. São oferecidas fichas para atendimento médico todas as manhãs, com exceção de terça-feira, variando de seis a doze seu número. Na quinta-feira tem-se o agendamento de 24 pacientes, que serão atendidos nos próximos sete dias. Na sexta-feira tem-se o agendamento de 8 pacientes, exclusivo da área mais longínqua e de difícil acesso a UBS, denominada Beco Vicinal/Morro Agudo. Estes pacientes são atendidas na terça-feira seguinte, pela manhã. As agendas de gestantes, puericultura, coleta de citopatológico cervical

e revisão ginecológica são abertas e realizadas à tarde, em número de nove, e sem grupo específico em cada dia. Os hipertensos e diabéticos formam o único grupo atendido em dia específico, e também têm agenda aberta, assim como os idosos. Estes últimos são agendados para a parte da manhã, em número de dez por semana. A enfermeira tem agenda de coleta de preventivo, puericultura e pré-natal. Também nesta unidade tem-se carro disponível em quatro turnos por semana, para as atividades da equipe, sendo um para as visitas domiciliares do médico, e meio turno por semana para a reunião de equipe. O odontólogo atua nos mesmos moldes descritos para a Unidade Bela Vista. O acolhimento é feito com a avaliação inicial da técnica de enfermagem, sendo após encaminhado o paciente para a enfermeira. Esta solicita avaliação médica quando julga necessário. Como não há agenda aberta, prefere-se que todos os pacientes que chegam à unidade para acolhimento tenham sua demanda solucionada naquele momento.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A quem interessa a efetivação do Sistema Único de Saúde? A quem interessa o desenvolvimento de uma política de prevenção e promoção da Saúde? A quem interessa o cumprimento das leis? A quem interessa o estabelecimento de uma relação médico-paciente ou paciente-médico baseada na não violência? Porque a violência, principalmente a mais avassaladora e cruel, a do não reconhecimento, é prática secular na medicina? Quem são seus promotores e perpetuadores? A quem importa a solidariedade, o vínculo, o respeito e a civilidade nas relações humanas que se estabelecem em ambientes de saúde? Porque o excelente profissional não pode ser um bom servidor público? A quem interessa a intersectorialidade das ações em saúde? Porque ainda insistimos em ver a doença, e não o sujeito que está doente? Porque nos prendemos a pequenas vaidades e hierarquias, tornando o trabalho em equipe tão difícil? Porque mantemo-nos presos ao atendimento da demanda, em nossas falsas redomas de aconchego e segurança, em hospitais ou nos “postinhos”? Porque ainda não aprendemos a dizer “Tu tens razão”? Porque nos perdemos na rotina do trabalho, quando em outra época queríamos “fazer diferença”, “construir algo”, “ser respeitado” (e não somente conhecido)? Porque a Saúde e a Assistência têm a “obrigação” de carregar, e ao mesmo tempo conter e apaziguar, a doença social que assola o país? Porque educação, emprego e relações sociais estão sempre imbricados na doença ou nos doentes? Porque cidadania é eufemismo para a maioria dos ditos cidadãos? E, sem sermos inocentes ao pensarmos a quem isto importa, onde estávamos, os trabalhadores de saúde, quando deixamos de ser humanos e agora precisamos de um programa de governo para voltar a sê-lo?

Em nosso cotidiano como seres e sujeitos, e em nossas relações, também reproduzimos valores, preconceitos, práticas de hierarquia e poder que não nos conduzem ao conhecimento, à ética, à civilidade, à solidariedade, ao respeito e à auto-determinação. Ou não é assim? É esta cultura, este modo de pensar, sentir e agir que oferecemos aos nossos pais e nossos filhos? O que terão, e o que serão, os filhos de nossos filhos?

Se tudo está na lei, porque a sociedade caminha à margem dela, desconhecendo-a muitas vezes, e principalmente desconhecendo o poder que tem tanto a lei quanto a sociedade?

*Não entendia como a vida funcionava,
discriminação por causa da sua classe, sua cor.
Como vou crescer se nada cresce por aqui?
Mas alimento pra cabeça nunca vai matar a fome de ninguém.
Palavras são erros e os erros são seus.
Bondade sua me explicar com tanta determinação,
exatamente o que eu sinto, como penso e como sou.
Ter carro do ano, tv a cores, pagar imposto, ter pistolão.
Ter filho na escola, férias na Europa, conta bancária, comprar feijão.
Ser responsável, cristão convicto, cidadão modelo, burguês padrão.
Terceiro mundo se for, piada no exterior.
Manchando os papéis, documentos fiéis ao descanso do patrão.
E depois do começo, o que vier vai começar a ser o fim.
Nas favelas, no senado, sujeira pra todo lado.
Ninguém respeita a constituição, mas todos acreditam no futuro da nação.
Chegou a nova leva de aprendizes.
Quem vai tomar conta dos doentes?*

Renato Russo

BIBLIOGRAFIA

ADAMI, NP. **Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos.** Revista Paulista de Enfermagem; 12;82-86.1993.

CAMELO, SHH; ANGERAMI, ELS; SILVA, EM; MISHIMA, SM. **Acolhimento á clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto.** Revista Latino Americana de Enfermagem . 8(4); 30-37. agosto 2000.

DESLANDES, SF. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** Ciência & Saúde Coletiva. 9(1); 7-14. 2004

ESPERANÇA, AC; CAVALCANTE, RB; MARCOLINO, C. **Estudo da demanda espontânea em uma unidade de Saúde da Família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil.** Rev. Min. Enf. 10(1); 30-36. jan-mar, 2006.

FACCHINI, LA. **Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Primária à Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva. 11(3); 669-681.2006.

FERNANDES, JCL. **A quem interessa a relação médico paciente?** Cad. Saúde Públ. 9(1);21-27.jan-mar 1993.

FERREIRA, J. **O programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico.** Saúde e Sociedade. 14(3); 111-118. set-dez 2005.

FORTES, PAC. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção á saúde.** Saúde e Sociedade. 13(3);30-35. set-dez 2004.

FRANCO, TB; BUENO, WS; MERHY, EE. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública.15, 345-353.1999.

GOMES, MCPA; PINHEIRO, R. **Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centro urbanos.** Interface – Comunic, Saúde, Educ. 9(17); 287-301. mar-ago 2005.

IRIART, C; MEHRY, EE; WAITZKIN, H. **Atencion Gerenciada.** Cadernos de Saúde Pública, 16(1), 95-105. 2000.

LIMA, MADS; RAMOS, DD; ROSA; RB; NAUDERER, TM; DAVIS, S. **Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários.** Acta Paul Enferm 20(1);12-17.2007.

MARQUES, RM; MENDES, **Atenção Primária e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?** *Ciência & Saúde Coletiva*. 8(2);403-415.2003.

Ministério da Saúde, Brasil. **Plano Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. 2002.(on line) Disponível na Internet via www.saúde.gov.br

Ministério da Saúde, Brasil. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2003.(on line) Disponível na Internet via www.saúde.gov.br/humanizasus

QUEIROZ, MS; CAMPOS, GWS; MERHY,EE. **Rede básica de serviços de saúde: médicos e suas representações sobre o serviço**. *Revista de Saúde Pública* v.26 n.1 São Paulo fev.1992.

RAMOS, DD; LIMA, MADS. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública* 19(1); 27-34.2003.

SCHIMITH, MD; LIMA, MADS. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família**. *Cadernos de Saúde Pública* 20(6); 1487-1494.2004.

SCHOLZE, AS. **A implantação do acolhimento no processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família**. *Revista Espaço para a Saúde*. 8(1); 7-12.dez 2006.

SIMÕES, ALA. **Humanização na saúde: enfoque na atenção primária**. *Texto Contexto Enferm*. 16(3); 439-444. jul-set 2007.

SOLLA, JJSP. **Acolhimento no sistema municipal de saúde**. *Ver. Bras. Saúde Mat. Inf*. 5(4); 493-503. out-dez 2005.

STEIN, AT. **Acesso a Atendimento Médico Continuado: Uma Estratégia para Reduzir a Utilização de Consultas não Urgentes em Serviços de Emergência**. Tese de Doutorado, Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.1998.

TAKEMOTO, MLS; SILVA, EM. **Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil**. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 23(2); 331-340.2007.

TEIXEIRA, RR. **Humanização e Atenção Básica á saúde**. *Ciência e Saúde Coletiva*. 10(3); 585-597. 2005.

UNGLERT, CVS. **Territorialização em sistemas de saúde**. *In: Distrito Sanitário (E. V. Mendes, org.)*, 221-235, São Paulo: Editora Hucitec/ Rio de Janeiro: ABRASCO.